

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Emile PANOU

Né à La Crèche (Deux-Sèvres), le 26 Juillet 1883

DE LA LEUCORRHÉE

DU

MOIGNON CERVICAL

après l'hystérectomie supra-vaginale

Président : M. SEGOND, professeur
Juges : { MM. DELBET, professeur
 GOSSET, agrégé
 PIERRE DUVAL, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556013_0050

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Emile PANOU

Né à La Crèche (Deux-Sèvres), le 26 Juillet 1883

DE LA LEUCORRÉE

DU

MOIGNON CERVICAL

après l'hystérectomie supra-vaginale



Président : M. SEGOND, professeur
Juges : { MM. DELBET, professeur
GOSSET, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	BOGER
	HAYEM
	DEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en fait leur donner aucune approbation ni improbation.

AU DOCTEUR A. GIRAULT

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de la plus affectueuse
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS
RAYMOND ET QUÉNU

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
WIDAL ET POTOCKI

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CASTEX

Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui sut, par son précieux enseigne-
ment, nous initier aux difficultés
de l'oto-rhino-laryngologie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. ROY

Dentiste des Hôpitaux

*Je le remercie de l'extrême bienveil-
lance avec laquelle il m'a accueilli
dans son service de la Pitié. J'en
emporte le souvenir de ses excel-
lentes leçons et de la sûreté de ses
interventions.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous a fait en voulant
bien présider notre thèse.*

DE

LA LEUCORRÉE DU MOIGNON CERVICAL

Après l'Hystérectomie supra-vaginale

INTRODUCTION

Si l'on s'attache à l'étude des innombrables travaux relatifs à l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale totale, soit abdominale partielle, sus ou supra-vaginale, on est frappé de ce fait que la plupart des auteurs étudient les indications et les procédés opératoires.

Il fut un temps — tout proche de nous — où il était à peine exagéré de dire que chaque mois voyait éclore un procédé nouveau d'hystérectomie. Querelles de technique, discussions de priorité résumé presque tous les débats soulevés dans les Sociétés savantes.

Les documents concernant les suites opératoires

N.-B. — Les nombres entre parenthèses qui suivent les noms d'auteurs correspondent aux numéros de la Bibliographie.

sont moins nombreux. Certes, les péripéties des jours venant après l'acte opératoire sont minutieusement relevées, parce qu'elles entrent dans les combinaisons de la statistique, parce qu'elles viennent légitimer telle méthode et combattre la technique rivale. Cela surtout, à l'époque des tâtonnements de la chirurgie abdominale, quand l'acte opératoire était mal réglé, quand l'habileté des chirurgiens ne pouvait les prémunir contre les dangers d'une antiseptie insuffisamment armée.

Quant aux suites éloignées, elles sont encore moins étudiées. Une seule, cependant, a eu les honneurs d'une brillante et longue discussion à la Société de Chirurgie : la dégénérescence maligne survenant sur le moignon utérin après l'hystérectomie supra-vaginale, pratiquée depuis un temps plus ou moins long. M. Richelot s'est efforcé d'en faire un grief à l'amputation supra-vaginale ; malgré les cas colligés par lui, malgré ceux apportés par d'autres auteurs, sa thèse n'a point prévalu, et on a pu dire que l'hystérectomie abdominale totale, tant prônée par M. Richelot « ne vivait plus que des contre-indications de l'hystérectomie sub-totale ».

Est-ce à dire que la conservation du moignon utérin soit exempte de dangers ? Non. Pour conjurer les accidents, les anciens chirurgiens fixaient le moignon à la peau : ce traitement extra-péritonéal du pédicule occasionna tant de déboires, il était si imparfait qu'il fallut bientôt l'abandonner. Mais les premiers opérateurs assez hardis pour laisser dans

le ventre le moignon utérin, eurent souvent à enregistrer des désastres dus à la septicémie, à la péritonite et à l'hémorragie secondaire, venues du moignon lui-même. Grâce à une technique meilleure, grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, ces inconvénients du pédicule utérin n'existent pour ainsi dire plus. Beaucoup de chirurgiens, ayant même une longue pratique de gynécologistes, n'ont jamais eu à se plaindre de la conservation du pédicule, témoin Lauwers (26), qui prétend que sur ses 200 opérées d'amputation supra-vaginale, aucune n'a accusé la plus légère souffrance et le plus léger accident.

Il est plus juste de dire que « le meilleur pédicule présente des inconvénients, sinon des dangers ». Foyers purulents, foyers sanguins, empâtements pelviens, douleurs prolongées, suppurations abondantes secondaires avec fièvre et phénomènes septiques, exsudats du moignon (9 fois sur 65 opérations, statistique d'Abel), futurs processus sarcomateux ou carcinomateux, tels sont les divers accidents plus ou moins éloignés imputables à la conservation du col utérin.

Ce n'est pas tout ; il existe encore un inconvénient dû au pédicule utérin, peu étudié jusqu'ici. Nous voulons parler de la leucorrhée du moignon cervical, parfois rebelle et nécessitant un traitement actif et prolongé. Nous devons à l'amabilité de MM. Deniker et de Martel d'en rapporter ici plusieurs cas, observés dans le service de M. le profes-

seur Segond. Nous avons étudié soigneusement les observations de ces malades, et il nous a semblé que l'étude de ce phénomène pouvait faire le thème d'un sujet intéressant. Sans doute, la complication dont nous parlons est de minime importance ; elle ne doit pas être invoquée contre l'hystérectomie supravaginale. Nous n'avons pas la prétention d'intervenir dans les débats de technique, n'ayant jamais fait d'hystérectomie et n'en ayant vu faire que fort peu. Nous regrettons seulement de n'avoir pu, faute de temps et faute d'installation, étudier notre sujet au point de vue bactériologique ; les recherches de MM. Siredey et Bigart sur les écoulements cervico-vaginaux auraient été intéressantes dans le cas qui nous occupe.

HISTORIQUE

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous faut déclarer que, par leucorrhée, nous n'entendons pas désigner toutes les pertes blanches survenant chez les femmes hystérectomisées. Ces pertes blanches ont été signalées dans l'hystérectomie abdominale totale. Pauchet (31), dans sa thèse sur l'hystérectomie vaginale et la laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus, parle aussi de ce phénomène post-opératoire ; il l'a observé chez quelques femmes ayant subi l'hystérectomie vaginale, mais cet écoulement venait du vagin et la blennorragie pouvait dans certains cas être incriminée ; mais il l'a remarqué plus souvent chez les femmes opérées de castration avec conservation de l'utérus.

Il est donc entendu que les écoulements qui n'ont pas pour origine le col utérin ne rentrent pas à nos yeux dans le cadre tracé par nous.

La plupart des auteurs sont muets sur la leucorrhée du moignon cervical. Cela tient à ce que le très grand nombre de femmes chez lesquelles on a pratiqué l'hystérectomie supra-vaginale sont guéries opératoirement d'une façon parfaite et qu'elles ne

viennent pas trouver le chirurgien pour l'accident leucorrhéique qui, s'il ne prend pas de grosses proportions, ne les incommode pas.

Les faits positifs seraient plus nombreux si l'on suivait le conseil exprimé par Andrew Currier, dans le *New-York. Medical Journal* de 1906, à savoir que toute femme, ayant subi une hystérectomie supra vaginale, devrait être examinée à intervalles réguliers, plus ou moins espacés. Ils le seraient également si la plupart des observateurs, revoyant leurs malades, ne mentionnaient simplement sur la fiche consacrée à l'opérée : « La malade est satisfaite de l'opération »

Les auteurs, qui ont étudié les résultats éloignés de l'hystérectomie supra-vaginale, au point de vue qui nous intéresse, sont peu explicites à cet égard. Terrier au cours de ses rapports successifs sur l'hystérectomie supra-vaginale, mentionne les pertes blanches dans plusieurs de ses observations : nous en relatons trois, bien que l'origine de ces pertes blanches ne soit pas à nos yeux suffisamment élucidée. Le professeur Schauta prétend que les exsudats du moignon cervical surviennent assez fréquemment ; Abel, comme nous l'avons dit, mentionne également ces exsudats 9 fois sur 65 opérations. Il nous semble, sans que nous puissions l'affirmer que ces exsudats doivent être des productions leucorrhéiques.

M. J.-L. Faure semble bien les avoir observées, puisqu'il dit : « Après l'extirpation du fibrome du

corps utérin et en même temps des annexes, le moignon cervical s'atrophie ; les sécrétions utérines plus ou moins infectées, plus ou moins irritantes finissent par s'arrêter. »

Au Congrès français de Chirurgie de 1904, R. Sorrel s'exprime ainsi : « Si le fibrome est accompagné de métrite, il y a avantage à enlever le col pour éviter les exsudats, car les classiques nous ont appris que pour guérir les métrites, il faut enlever le col. »

Dans son article de la *Presse Médicale* de 1908, M. Jayle (24) prétend que dans l'hystérectomie supravaginale, le col nécessite des soins ultérieurs, car il peut être malade.

Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1894, Martin dit textuellement : « En raison de sa communication avec la cavité cervicale, la plaie du moignon reste exposée à toutes les complications d'origine vaginale... Les troubles de la convalescence proviennent du moignon : *anomalies de la sécrétion*, processus inflammatoires, hémorragies éventuelles, etc. »

Richelot apporte une observation que nous reproduirons, dans laquelle il signale de la *leucorrhée* chez une opérée d'hystérectomie subtotale ; les pertes blanches existaient encore plus d'un an après l'intervention.

Lauwers (26), s'il ne les a pas observées, ces pertes blanches, pour son propre compte, les rapporte dans son travail et les attribue au trop grand nombre de ligatures jetées sur le moignon cervical.

Belbèze (4) les mentionne dans sa thèse. Enfin à la Société des Chirurgiens de Paris (séance du 9 juillet 1909), M. Paul Delbet (16) dit « qu'après l'abdominale subtotale, il y a des sécrétions qui continuent à descendre du col ».

Donc, d'après ces témoignages, l'existence de la leucorrhée du moignon cervical ne saurait être mise en doute.

Nous allons voir, dans une série de chapitres successifs, quelles sont ses conditions étiologiques, quelle est sa pathogénie, comment elle évolue, quelle signification pronostique elle revêt et quels sont les moyens de la faire disparaître.

ÉTIOLOGIE

Pour les raisons énoncées plus haut, il est impossible d'établir la fréquence de la leucorrhée du moignon cervical dans l'hystérectomie supra-vaginale. A en juger par les auteurs, le fait serait même exceptionnel. Nous avons lu les 200 observations d'amputation supra-vaginale rapportées par Lauwers (26), les nombreux cas du professeur Terrier relatés dans les comptes rendus des divers Congrès de Chirurgie où la question de l'hystérectomie était à l'ordre du jour, les cas colligés dans diverses thèses ; et, dans cet amas de travaux, nous n'avons rencontré que 4 observations où la leucorrhée était mentionnée comme complication tardive de l'acte opératoire. Et l'on ne s'y occupait pas autrement de l'origine de ces pertes blanches.

Cette pénurie de constatations ne doit pas, selon nous, représenter la vérité. Au chapitre de l'histoire, nous avons vu que divers auteurs ont, sinon expressément, du moins implicitement, reconnu l'existence de la leucorrhée cervicale post-opératoire. Nous-même dans un espace de temps relativement faible, nous avons pu observer et étudier 5 cas de pertes blanches venant du moignon utérin.

Nous ne doutons pas que les observateurs avertis, que les recherches orientées dans ce sens fassent éclore de nouveaux cas et viennent montrer que l'existence de la leucorrhée cervicale après l'hystérectomie supra-vaginale n'est pas aussi exceptionnelle que sembleraient le faire croire les travaux classiques.

Sur les 9 observations que nous rapportons, 1 appartient à M. Richelot, 3 au professeur Terrier, 5 sont inédites et ont été recueillies dans le service de M. le professeur Segond par MM. de Martel, Deniker et nous-même.

L'hystérectomie avait été faite : dans le cas de Richelot pour un fibrome ; dans les 3 cas du professeur Terrier, deux fois pour un fibrome et une fois pour une métro-salpingite double suppurée. Dans nos observations, il s'agissait d'un fibrome, de deux salpingites suppurées et de deux métro-salpingites.

Donc la complication dont nous parlons s'observe également et dans les fibromes et dans les métro-salpingites. La plupart des malades avaient à leur entrée à l'hôpital des pertes blanches ; au moment de l'intervention ces pertes blanches avaient cessé, du moins dans nos cas.

Les hystérectomies se sont passées sans incident et les suites opératoires immédiates ont été généralement bonnes. En tout cas, rien n'a pu faire prévoir la leucorrhée dont nous parlons.

Dans toutes les observations, ce phénomène a

apparu comme une complication de la convalescence : chez nos malades, le début s'est fait entre la troisième et la sixième semaine sans troubles associés. Chez les malades de MM. Richelot et Terrier, le début n'a pas été exactement noté ; les femmes sont revenues longtemps après l'opération et il semble bien que dans leurs cas la leucorrhée n'ait été regardée que comme un incident occasionnel, découvert au hasard d'un examen qui n'avait pas été dirigé dans ce sens. En somme, l'étiologie de cette leucorrhée est assez obscure puisqu'elle survient dans des circonstances très diverses.

PATHOGÉNIE

D'où provient cette leucorrhée qui se montre si tardivement, après une opération bien réglée, facile, bénigne et pratiquée sans le moindre incident ? Faut-il la considérer comme une infection cervicale antérieure vivant d'une vie latente jusqu'au moment où le traumatisme opératoire l'a réveillée et lui a donné une vigueur nouvelle ? Est-ce une infection secondaire, exogène, ascendante ? N'est-elle que l'exagération d'un phénomène physiologique tenant à l'évolution de ce moignon utérin, ne pourrait-on pas dire à l'involution du moignon cervical ? Un fait remarqué par nous pourrait légitimer cette hypothèse, c'est l'histoire de cette malade qui, après sa castration, vit apparaître et de la leucorrhée et un gonflement des seins avec issue de colostrum.

Il est un fait admis par la majorité, sinon par la totalité des auteurs : c'est que, lorsque le col est malade, il faut l'enlever. Nous en trouvons plusieurs preuves dans les discussions soulevées à la Société de Chirurgie de 1903 (10).

M. Routier enlève le moignon d'un utérus fibromateux tant soit peu qu'il soit suspect ou malade, ou même simplement atteint de métrite hypertrophique

quand, avec le fibrome, il y a des complications annexielles.

M. le Professeur Pierre Delbet (40), tout en pensant que les inconvénients de ce moignon ne sont pas aussi considérables qu'on le dit, veut éviter ces inconvénients et pour que ce pédicule utérin ne soit ni gênant, ni douloureux, il le fait tout petit ; il pratique une thermocautérisation profonde du canal cervical pour détruire la muqueuse, les glandes, le tissu utérin sous-jacent, de façon à ne laisser qu'un moignon fibreux.

M. Tuffier (40) le conserve, ce moignon, parce que ce qui reste de « la muqueuse cervicale est ce qu'il y a de moins malade » ; d'ailleurs il évide le col si celui-ci est volumineux et ainsi il détruit la muqueuse.

M. J.-L. Faure (40) conserve également le col, parce qu'il a une importance dans la statique pelvienne.

Dans d'autres circonstances, d'autres auteurs ont également insisté sur ce col. Ainsi, au Congrès français de Chirurgie de 1904, Sorel dit que « si le fibrome est accompagné de métrite, il faut enlever le col, que dans les suppurations pelviennes il faut parfois par une opération secondaire enlever le col, que la soi-disant stérilisation du col par la thermocautérisation de la muqueuse est un leurre, car les lésions sont profondes et les microbes sont logés au fond des culs-de-sac. »

Somme toute, même actuellement, le moignon serait dangereux si on ne s'occupait minutieusement de lui. Quant aux anciens chirurgiens, ouvrir la

cavité utérine était pour eux un danger extrême. Fraisse (20) rappelle ces craintes éprouvées quand le chirurgien était assez hardi pour tenter le traitement intra-péritonéal du pédicule utérin.

Toutes ces craintes étaient basées sur cette notion que la cavité utérine était un milieu très microbien, dangereux. Ce fait n'est pas admis sans contestation, et suivant les opinions, la conduite que l'on tient est différente.

Écoutons d'abord ceux qui admettent l'existence, la nocivité et l'influence des microbes de la cavité utérine.

Camelot (9), dans son travail sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyome utérin (*Nouvelles Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1892) dit que la cavité cervicale est un foyer d'infection très redoutable et il ajoute : « Boileux ayant fait des inoculations de fragments du col, pris dans les hystérectomies totales de Martin, a constaté 7 fois sur 10 l'existence de germes pathogènes dans le segment du col qui aurait servi de pédicule dans l'amputation supra-vaginale ». Mourlhon a repris les expériences de Boileux et il a vu aussi que des fragments d'utérus, appartenant à des annexites suppurées et placés en culture, ont cultivé.

Dans un article sur les diverses modifications de l'hystérectomie sus-vaginale, Phénomenoff admet également la toxicité de la cavité utérine. Pour lui le canal est souvent septique, et on sait, dit-il, « combien est néfaste l'issue des opérations avec ouverture

de la cavité utérine et conservation du moignon. Cet état néfaste est dû à l'infection primaire ou ultérieure ». Il y a une impossibilité relative à désinfecter la cavité utérine.

Et ces remarques des chirurgiens s'appuient sur les travaux des bactériologistes. La connaissance des bactéries habitant les conduits génitaux de la femme est la base du travail de Haussmann paru à Berlin en 1870 (*Die Parasiten der Weiblichen Geschlechtsorgane*), et les interventions pratiquées sur l'utérus et les annexes ont fait éclore, à la suite de nombreux travaux. On a bien noté la marche ascendante du gonocoque, sa prédilection pour la cavité utérine, sa ténacité à habiter les culs-de-sac glandulaires.

L'invasion, la marche du streptocoque puerpéral ont été également très bien dépitées. Péraire, dans sa thèse de Paris sur les « Endométrites infectieuses », raconte qu'il a pu cultiver une bactérie et isoler des cocci dans les sécrétions métritiques.

Ce ne sont pas les seuls microbes à incriminer.

Il y a dans le vagin de nombreuses espèces microbiennes qui y trouvent un habitat normal. Winter a pu en isoler vingt-sept espèces différentes, la plupart inoffensives, quelques-unes existant chez le nouveau-né quelques heures après la naissance. Et le développement de ces microbes est essentiellement sous la dépendance du milieu qui les fait vivre. Les sécrétions vaginales exercent sur ces éléments une action prépondérante. Et même l'acidité du vagin, au dire de Doederlein, n'exerce pas seulement une influence

favorable sur la disposition des microbes pathogènes, mais elle atténue notablement la virulence des micro-organismes venus du dehors.

Il faut dire que ces données bactériologiques ne sont pas admises par tout le monde : chez l'accouchée saine, il n'y a pas de germes dans le vagin (Böckelmann, Dührssen).

Il n'y en a pas non plus dans les lochies de l'accouchée à l'état normal. Stroganoff et Witte sont venus battre en brèche l'opinion soutenue par Winter qui prétendait avoir trouvé dans les voies génitales de la femme une *zone dangereuse*, très microbienne, qui admettait même chez les vierges, l'existence de microbes dans le col utérin. Stroganoff soutient qu'il n'a trouvé de bactéries que chez les femmes ayant subi une opération gynécologique quelconque.

Peut-être pourrait-on conclure de l'ensemble de ces travaux que la cavité de l'utérus normal ne contient pas de microbes, que les bactéries nocives de l'utérus sont peu nombreuses, que beaucoup d'espèces sont inoffensives.

Et ceci peut expliquer que certains opérateurs ne sont nullement intimidés par ces adversaires. Ainsi Nedler (29) soutient qu'on peut à coup sûr se mettre à l'abri de toute infection du moignon si on prend soin de désinfecter parfaitement la cavité avant et pendant l'opération et si on isole le moignon du reste de la plaie. M. Ricard prétend qu'avec un moignon minime, une bonne cautérisation, on se met en garde

contre toute suite opératoire fâcheuse du fait du reliquat utérin. Noble (30) va même plus loin ; pour lui le danger d'une infection d'origine cervicale n'existe pas. Hofmeier trouve la cavité utérine d'une innocuité parfaite. Zweifel estime exagérée la crainte des microbes de la cavité utérine et pour lui le contenu du canal utérin est rarement dangereux. Aussi M. Pichevin (34), au lieu de thermocautériser, avive l'utérus au niveau de la cavité et enlève la muqueuse infectée.

La clinique, d'ailleurs, a surabondamment démontré par des milliers et des milliers d'expériences, que l'amputation supra-vaginale pouvait être parfaitement aseptique, que le col restant n'amenait aucun trouble infectieux dans l'immense majorité des cas. Est-ce que le traitement des affections inflammatoires des annexes n'implique pas actuellement le sacrifice de l'utérus, de cet utérus infecté, habité par des microbes ? et pourtant, dans un article de M. Lenormant (27) (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de janvier 1905), il est dit qu'il vaut mieux pratiquer l'amputation supra-vaginale. L'auteur ne mentionne pas cette leucorrhée dont nous parlons. Lorsque les chirurgiens ont eu des accidents après l'hystérectomie supra-vaginale, ces complications ne semblaient pas être de la même nature que la leucorrhée dont il s'agit. M. Legueu a vu un abcès se former au-dessous du péritoine et a été obligé d'enlever secondairement le col ; M. Richelot a remarqué par 2 fois un moignon douloureux, suppurant, nécrosé ; d'autres ont signalé

des hématomes infectés. Dans tous les cas que nous avons eus sous les yeux, c'était d'accidents d'infection secondaire qu'il s'agissait, mais cela ne ressemblait pas à la leucorrhée du moignon cervical.

Il ne nous paraît pas, de par la clinique, que cet accident post-opératoire soit d'origine infectieuse. Voyons ce que dit la bactériologie de l'écoulement. Comme nous l'avons fait remarquer déjà, il ne nous a pas été possible de faire des analyses suivies du liquide qui descendait du col. Mais des recherches avaient été faites déjà, au sujet des leucorrhées, par MM. Siredey et Bigart. D'après ces auteurs, l'examen microscopique de toutes les sécrétions génitales revêt une utilité qu'il ne faut pas contester ; il y a un véritable intérêt à étudier la leucorrhée au point de vue cytologique ; on peut établir, grâce à la forme, grâce au groupement des éléments figurés venus des sécrétions génitales de véritables formules cytologiques qui permettent de distinguer les troubles fonctionnels banaux des hypersécrétions produites par des infections diverses.

L'on sait, en effet, qu'à l'état normal un mucus peut être sécrété par la muqueuse du col, en quantité parfois très abondante. Incolore, analogue comme consistance au blanc d'œuf, cet exsudat paraît être sous la dépendance d'un état constitutionnel : on a accusé l'arthritisme, le lymphatisme, l'herpétisme de faire partie de ces états constitutionnels ; mais en réalité la cause intime de cette leucorrhée est encore à trouver. Souvent, il est vrai, les micro-

organismes saprophytes entrent en jeu et viennent jusque dans la cavité cervicale.

N'a-t-on pas également, en dehors de toute influence microbienne, décrit des états utérins déterminant de la leucorrhée ? Ce sont les fausses métrites dues à des rapports sexuels répétés, à des traumatismes, etc. Des auteurs ont affirmé que chez certaines femmes la leucorrhée n'était qu'une hypersécrétion glandulaire dépendante d'un état général défectueux.

De telle sorte que la leucorrhée peut être conçue en dehors d'espèces microbiennes pathogènes.

Mais revenons aux recherches de MM. Siredey et Bigart.

« Les sécrétions recueillies sur des personnes normales renferment en très grand nombre des microbes appartenant aux espèces longues, bacilles divers et strepto-bacilles... dont le développement est d'autant plus accentué que les organes sont plus sains ; les *cocci* témoignent d'une infection génitale aiguë, et quand les *strepto-bacilles* apparaissent mélangés à eux, cela indique une marche vers la guérison. Les pansements intra-utérins, l'abus des injections chaudes ou d'injections acides irritent fréquemment la muqueuse du vagin et celle du col utérin et entretiennent l'hypersécrétion, de même les solutions fortes de permanganate de potasse, surtout de sublimé. Ces hypersécrétions cèdent en quelques jours à des injections émollientes alcalinisées (décoction de pavot et guimauve) préparées au moment de s'en

servir et additionnées par litre de 20 à 25 grammes de bicarbonate de soude et de 7 grammes de chlorure de sodium, ou bien à des injections d'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque par litre. Ces injections sont bien supportées généralement ; elles nettoient parfaitement les muqueuses et semblent provoquer la réapparition des espèces longues, indices du retour à l'état normal. »

Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt tout particulier de ces recherches, non seulement au point de vue étiologique, mais encore aux points de vue pronostique et thérapeutique. Elles indiquent clairement la nécessité où l'on sera d'étudier dorénavant par des prises en série les écoulements leucorrhéiques du col de l'utérus.

Pour résumer cette longue discussion relative à l'influence possible des microbes pathogènes sur le développement de la leucorrhée, complication tardive de l'hystérectomie supra-vaginale, nous devons déclarer que la clinique nous montre deux choses : dans la presque totalité des cas, l'action nuisible de ces microbes n'existe pas ; dans quelques cas cette action existe, mais se manifeste sous forme de supurations diverses, de nécrose, phénomènes qui ne ressemblent pas à l'écoulement dont nous parlons. Et dans les observations des anciens chirurgiens, lorsque l'opération donne un coup de fouet au microbisme latent de la cavité utérine, l'exaltation des

bactéries se traduit par une septicémie et par la leucorrhée cervicale.

La bactériologie ne découvre pas dans cette leucorrhée les deux grands microbes des organes génitaux de la femme (gonocoque et streptocoque, apanage des infections aiguës) ; elle nous fait voir des espèces qui paraissent inoffensives, puisque l'expérimentation dans la plupart des cas a été négative.

Il semble bien que cette leucorrhée soit autre chose qu'une infection intra-cervicale ; nous le verrons au chapitre de la symptomatologie, l'écoulement du moignon utérin n'a pas les caractères de la métrite du col cervical, dans toutes les observations que nous apportons, le col utérin est parfaitement indolore, il est peu congestionné. Nous inclinons plutôt à voir dans cette leucorrhée un résultat de la modification des glandes du col utérin qui, avant de disparaître, produisent une hypersécrétion, peut-être favorisée par la traumatisme opératoire. Nous le dirons tout à l'heure, l'expérimentation semble venir à l'appui de cette façon de voir.

Avant de discuter cette hypothèse, nous devons nous demander si la leucorrhée du moignon cervical n'est pas due à une infection ascendante, à une exaltation des microbes vaginaux. La chose est certes possible ; nous devons cependant dire que pour les partisans de l'hystérectomie totale « le péril vaginal » n'existe pas, qu'il est possible de désinfecter le vagin. Sans doute le pédicule utérin, après comme

avant l'opération, reste exposé à toutes les causes d'infection de la voie vaginale, et nous nous souvenons que Pauchet (31) a décrit des leucorrhées survenues après hystérectomie vaginale et dont la nature blennorragique n'était pas douteuse. Si cette étiologie peut être discutée et soutenue dans les observations de Richelot et de Terrier, elle nous paraît difficilement admissible dans nos faits. Et puis, lorsque cette leucorrhée par infection secondaire se manifeste, elle n'a pas les caractères de l'écoulement qui nous intéresse, elle ne laisse pas le col indemne, elle détermine de la péricervicite, et le toucher vaginal accuse tous ces phénomènes.

Dira-t-on enfin que le traumatisme a exalté la virulence des bactéries vaginales ? Mais le fait devrait être constaté plus souvent dans l'hystérectomie totale qui traumatise le vagin, et les pertes blanches y sont également rares.

En somme, cette question de l'origine de la leucorrhée du moignon cervical après l'hystérectomie supravaginale est assez complexe, et plusieurs facteurs doivent contribuer à son éclosion.

On n'a pas étudié suffisamment l'évolution régressive de cette petite partie de l'utérus laissée par l'opération. « Le col subit une atrophie graduelle » se contentent de déclarer la plupart des auteurs. Certains toutefois ont parlé d'*anomalies de sécrétion d'exsudats* (Abel) accompagnant cette régression, cette involution.

On a cependant tenté d'étudier cette régression à

la lumière de l'expérimentation. Burkardt (8) a fait des hystérectomies supra-vaginales chez la lapine. L'animal est sacrifié au bout de plusieurs mois : le moignon utérin est remplacé par une tumeur kystique dont la cavité, par rapport à l'utérus normal, est *très dilatée, colossalement dilatée* ; elle atteint les dimensions variables, parfois analogues à celles d'un crayon mais pouvant égaler celles d'un petit doigt. Les parois de ces kystes sont extrêmement amincies ; elles sont formées au point de vue microscopique par une étroite couche musculaire et par la muqueuse. Par places, on aperçoit dans la paroi quelques accumulations cellulaires qui peuvent être les restes des glandes utérines, d'ailleurs totalement disparues. Il y avait eu une sécrétion extrêmement abondante pour amener la dilatation d'un organe aussi musclé que l'utérus.

Ces expériences ont un intérêt saisissant, et elles nous semblent jeter un jour tout nouveau sur la pathogénie des écoulements leucorrhéiques. Cette sécrétion extrêmement abondante dont parle Burkardt, nous l'avons également chez les femmes de nos observations qui se plaignent d'avoir plus de pertes qu'avant l'opération. Dans un cas comme dans l'autre on dirait presque de l'hydrorrhée. Et s'il est difficile d'attribuer à la sécrétion expérimentale une cause infectieuse, il ne nous paraît pas plus logique d'attribuer la leucorrhée cervicale à une influence bactérienne.

Tout en penchant pour l'hypothèse d'une anoma-

lie de sécrétion, nous ne pouvons pas conclure d'une façon formelle, car les éléments de cette conclusion nous font défaut. Des recherches bactériologiques sont indispensables ; l'expérimentation doit être renouvelée pour corroborer ou infirmer les faits mis en lumière par le savant allemand. La biopsie, surtout, pourra juger en dernier ressort. Nous aurions pu apporter notre contribution à cette étude pathogénique si une de nos malades avait accepté l'amputation du col qu'on lui avait proposée comme remède à ses très abondantes pertes blanches. Malheureusement la malade s'y est refusée.

Pour en finir avec cette question de pathogénie, il serait intéressant de rechercher quel retentissement cette leucorrhée peut avoir sur les tissus voisins. Dans nos observations les tissus étaient sains ; il n'y avait pas de trace de péricervicite. Quant à savoir ce que le col utérin devient après la guérison de la leucorrhée, quant à savoir s'il y a de ce fait une prédisposition au développement de tumeurs bénignes ou malignes, force nous est d'avouer totalement notre ignorance. Les dégénérescences des organes, dans leurs causes, comme dans leur évolution, contiennent encore beaucoup d'obscurités. Chacun connaît les discussions récentes soulevées à la Société de Chirurgie au sujet de la pluralité des néoplasmes et de leurs rapports respectifs.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans tous les traités classiques de Gynécologie, il est dit qu'un des symptômes les plus communs de la métrite cervicale, c'est *la douleur* dont l'intensité et le siège sont assez variables.

Dans l'affection qui nous occupe, il est curieux de remarquer que *l'élément douloureux fait presque toujours défaut*.

Le toucher est toujours bien supporté et il faut des efforts répétés, des mouvements brusques pour réveiller chez une malade dont nous relatons l'observation une sensation de gêne, de pesanteur dans le petit bassin. Donc la douleur n'est jamais spontanée comme dans la métrite.

Comme symptôme capital nous avons à noter *l'écoulement leucorrhéique* provenant du moignon, écoulement dont nous allons donner les différents caractères.

Il est :

- a) *Abondant ;*
- b) *Peu épais, et de plus en plus fluide à mesure que l'on approche de la guérison ;*

c) *Légèrement jaunâtre puis blanchâtre vers la fin ;*

d) *Inodore ;*

e) *Persistant mais en général non rebelle.*

En effet, l'examen au spéculum nous montre une sécrétion du col se reproduisant rapidement et en assez grande quantité. Au contraire de l'écoulement gélatiniforme et formant glaire tenace que l'on observe dans la métrite du col, la leucorrhée du moignon cervical est fluide et facilement entraînée par le liquide d'une injection vaginale.

Vers la fin de l'affection, on dirait presque une véritable hydorrhée mais peu abondante.

Comme autre signe diagnostique important, il est utile de dire ici qu'au contraire des leucorrhées d'origine vaginale, l'écoulement provenant du moignon cervical « empesait » fort peu le linge et surtout ne formait pas de tache à coloration jaune verdâtre.

Comme symptôme de voisinage, nous n'avons jamais rien noté qui soit digne de remarque.

Les symptômes généraux font également défaut. Les malades des 5 observations que nous rapportons sont en parfait état de santé et ne présentent que le petit accident qui fait le thème de notre travail.

Cependant, il nous faut noter dans un cas (obs. I) un symptôme qui se produisit du côté des seins en même temps que la leucorrhée abondante, c'est l'écoulement de colostrum et le gonflement des

glandes mammaires qui persista, d'ailleurs, assez longtemps.

L'examen au spéculum nous a montré les divers caractères de l'écoulement et son origine cervicale.

L'examen du col par ce procédé nous a permis de constater que le moignon était rarement gros et douloureux comme dans les inflammations chroniques.

Dans nos observations, nous notons qu'au toucher les culs-de-sac furent trouvés toujours souples et indolores alors que dans deux observations de Terrier (obs. VII et VIII) il fut constaté de l'empâtement et de la douleur.

En somme, la symptomatologie de cet incident post-opératoire est très pauvre. L'écoulement avec ses caractères constitue à lui seul tout le tableau clinique.

Tout le reste n'est qu'une symptomatologie négative.

DIAGNOSTIC

Après un temps plus ou moins long, alors que les suites opératoires ont été excellentes, parfois quelques jours après sa sortie de l'hôpital, une femme opérée d'hystérectomie supra-vaginale revient consulter parce qu'elle a des pertes souvent abondantes. Hormis cela, la malade est en parfaite santé, elle vaque à ses occupations. Tout le tableau pathologique se résume en cette leucorrhée.

Le diagnostic positif est d'une simplicité évidente ; il suffit de constater les pertes pour affirmer ce diagnostic. Mais le mot leucorrhée est assez vague ; il importe de préciser et les caractères de cette leucorrhée et son origine. Si les anciens donnaient à ce phénomène une importance telle qu'ils le regardaient comme une maladie, les modernes et même les chirurgiens actuels n'ont pas encore absolument précisé le sens de ce mot. C'est ainsi qu'on trouve décrites encore la leucorrhée vulvaire des petites filles, la leucorrhée vaginale, la leucorrhée du col de l'utérus, la leucorrhée tubaire.

Chacune de ces leucorrhées semble revêtir des caractères particuliers, et c'est sur l'existence de ces

caractères comme sur les renseignements fournis par le toucher vaginal et l'examen au spéculum qu'on établira le diagnostic.

Un liquide *fluide ; abondant ; n'adhérant pas au col de l'utérus*, qui est sain, indolore aussi bien au toucher que spontanément ; enfin, ne déterminant d'autres troubles que l'incommodité de sa présence, tels sont les éléments qui feront penser à la leucorrhée du moignon cervical. Et le diagnostic sera confirmé par l'examen complet des parties génitales de la femme qui montrera l'origine de la leucorrhée.

Les autres leucorrhées ont quelques caractères spéciaux : la leucorrhée vulvaire est une sécrétion exclusivement limitée à la vulve, car elle relève le plus souvent d'une lésion des glandes vulvo-vaginales ; elle est une des expressions de la bartholinite ; sa nature est gonococcique, d'où nécessité, pour l'affirmer, d'avoir recours aux colorations bactériologiques.

Le vagin a aussi sa leucorrhée qui souvent existe seule. Elle se manifeste sous la forme d'un liquide très fluide, d'aspect laiteux, n'empesant que légèrement le linge, parfois purulent, verdâtre, de réaction acide. Mais cette leucorrhée ne constitue pas à elle seule tout le tableau clinique ; il y a des phénomènes associés et variables avec la cause de la leucorrhée vaginale. On a voulu chercher un moyen pour établir d'une façon précise le diagnostic entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine : c'est la manœuvre de Schultze. On introduit un tampon

d'ouate dans le vagin, on le laisse sur le col pendant vingt-quatre heures ; quand on retire le tampon, on peut reconnaître les sécrétions qui proviennent de la matrice d'après l'aspect du liquide qui imprègne l'ouate.

Il est donc facile à un examen un peu sérieux de faire le diagnostic de la leucorrhée du moignon cervical. Nous ne pouvons nous empêcher, en terminant ce chapitre, de faire remarquer que cette leucorrhée qui survient après l'hystérectomie supra-vaginale ne ressemble pas exactement à la leucorrhée banale du col utérus. Il est classique de dire que celle-ci est gélatiniforme, transparente, ressemblant à du blanc d'œuf ou à du verre fondu, filante, formant glaire tenace, difficile à enlever avec le tampon, empesant fortement le linge. Lorsque cette leucorrhée a été infectée par les microbes pyogènes (gonocoque staphylocoque, streptocoque), elle devient purulente jaune verdâtre.

D'après ces signes, il est difficile d'identifier la leucorrhée cervicale pathologique, d'origine métritique et la leucorrhée que nous avons observée chez nos malades. Aussi bien avons-nous déjà signalé les différences qui existent entre la métrite chronique du col et cet accident tardif de l'hystérectomie supra-vaginale. N'est-ce pas ici le lieu de rappeler ces « anomalies de sécrétion » dont ont parlé certains auteurs.

PRONOSTIC

Le pronostic de la leucorrhée du moignon cervical de l'hystérectomie supra-vaginale est essentiellement bénin. Toutes nos observations, celles de Richelot et Terrier, s'accordent à dire que les malades sont en parfaite santé, que leur activité fonctionnelle n'est aucunement diminuée, que l'accident post-opératoire est plutôt un ennui qu'un trouble morbide.

Au reste la guérison est, pour ainsi dire, la règle constante, après une durée plus ou moins longue. Et quand l'écoulement est terminé, il ne semble pas que la complication ait laissé de séquelle.

Tout au plus cette leucorrhée pourrait exiger, pour prix de sa disparition, une intervention secondaire, l'amputation du moignon. Cette opération a été proposée à une de nos malades qui d'ailleurs l'a refusée, alléguant que sa légère infirmité ne valait pas une intervention, fût-elle aussi minime que l'ablation de ce moignon.

Si le pronostic de l'accident en lui-même est peu intéressant parce que tout à fait favorable, il serait cependant avantageux de pouvoir prédire la durée de

l'écoulement. Ce n'est pas, croyons-nous, sur l'ensemble des caractères physiques que cet élément de pronostic pourra se baser.

Pour prévoir la cessation prochaine de la complication, pour suivre la marche progressive de la guérison, on trouvera peut-être des renseignements dans l'examen bactériologique des sécrétions renouvelé plusieurs fois durant le cours du symptôme leucorrhée. Si les données de MM. Siredey et Bigart représentent la vérité, il faut espérer que leur application à notre sujet donnera des résultats intéressants. L'augmentation graduelle des espèces longues témoignera en faveur d'une atténuation progressive des troubles. Grâce au microscope, nous pourrons suivre les progrès de la guérison, en voyant la sécrétion se peupler de longues bactéries. Qu'on ne vienne pas nous dire qu'en parlant de ces bactéries nous reconnaissons implicitement l'origine infectieuse de la leucorrhée. Il s'agit, en l'espèce, de microbes non pathogènes, incapables de déterminer une infection et hôtes habituels du mucus sécrété normalement par les glandes génitales.

Il y aurait aussi un point intéressant à élucider dans ce chapitre du pronostic : on sait que le moignon utérin laissé à la suite d'une hystérectomie supra-vaginale peut subir ultérieurement une dégénérescence sarcomateuse ou épithéliomateuse. Est-ce que entre ces trois termes : moignon, leucorrhée, dégénérescence maligne, on peut établir des connexions ? Il ne semble pas, avons-nous dit plus haut,

que la leucorrhée laisse des séquelles. Mais, à la faveur des modifications apportées dans la structure du col par les sécrétions post-opératoires, ne se glisse-t-il pas des conditions favorables au développement futur des néoformations ? S'y fait-il une porte d'entrée à la cellule, mère de la dégénérescence ?

Ce sont des questions auxquelles il est impossible de donner la moindre réponse, tant à cause des phénomènes profondément obscurs qui président à l'apparition des néoplasmes que de la suite, mal observée après la guérison, de la leucorrhée.

TRAITEMENT

Le traitement de la leucorrhée du moignon cervical comme il a été institué dans les cas que nous rapportons est très simple.

Au début, il fut recommandé aux malades de grandes injections vaginales très chaudes, prises quatre fois par jour dans la position couchée.

Ce mode de traitement fut suffisant pour tarir l'écoulement leucorrhéique chez les malades des observations I et II, chez la première au bout de trois mois et chez la seconde au bout de quatre mois.

Dans ces 2 cas, le liquide employé fut simplement de l'eau bouillie qui, par conséquent, ne put agir que mécaniquement et aussi probablement par la température à laquelle étaient prises ces injections.

Dans les autres cas, relatés aux observations III, IV et V, on ajouta de l'eau oxygénée qui par son innocuité et ses propriétés bactéricides fut préférée aux autres antiseptiques.

La dose employée fut la suivante : 200 grammes d'eau oxygénée à 12 volumes pour 1 litre d'eau stérilisée.

Mais ce traitement qui fut efficace chez les malades des observations I et II ne suffit pas pour celles des 3 observations suivantes. Aux injections il fallut ajouter un autre traitement plus énergique et agissant plus directement sur le moignon cervical.

Nous voulons parler des cautérisations intra-cervicales qui furent pratiquées avec la pointe fine du thermocautère tous les mois environ.

Dans l'intervalle, les malades prenaient leurs injections comme il a été dit plus haut, et surtout gardaient le repos autant que leurs occupations pouvaient leur permettre.

Dans tous les cas traités, le résultat fut favorable, mais avec un temps variable et pouvant aller de trois à six ou sept mois.

Chez les deux malades des observations III et IV, vu la longueur du traitement et les récurrences fréquentes, on pensa qu'il vaudrait peut-être mieux enlever le moignon cervical.

Mais les intéressées refusèrent cette intervention.

En somme, le traitement se résume au repos relatif, aux injections vaginales et de temps en temps à quelques cautérisations intra-cervicales assez profondes.

L'ablation du moignon reste la dernière ressource en cas de non efficacité des pratiques énoncées ci-dessus.

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous rapportons sont dues à l'obligeance de M. de Martel, chef de clinique chirurgicale à la Salpêtrière et de M. Deniker aide d'anatomie.

Nous exprimons particulièrement toute notre reconnaissance à M. Deniker qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a donné les moyens de l'exécuter.

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Deniker.)

M^{me} A..., vingt-trois ans, entrée à la Salpêtrière, salle Lallemand, 3 novembre 1908.

Antécédents. — Réglée à quatorze ans. Un accouchement normal à terme. Suites de couches normales. Enfant encore vivant. Pas de fausse couche ultérieure.

Réglée toujours régulièrement et sans douleur jusqu'à il y a environ dix-huit mois. Depuis ce moment les règles quoique assez régulières sont très douloureuses.

De temps à autre quelques pertes, mais légères et non gênantes.

Etat actuel. — 3 novembre 1908. — La malade consulte pour une douleur très marquée du côté droit, lui ayant occasionné 2 crises aiguës l'obligeant à s'aliter.

Toucher : Douleur et empâtement très marqués dans le cul-de-sac droit.

Cul-de-sac gauche douloureux mais sans empâtement.

Douleur légère dans le Douglas.

A la *palpation bimanuelle* on trouve un utérus normal.

Examen au spéculum. — Col légèrement congestionné avec écoulement presque nul.

Diagnostic. — Salpingite double surtout marquée à droite.

Ne paraît pas avoir d'appendicite concomitante.

Opération. — 2 janvier 1909. — Après deux mois de repos. A ce moment, pertes nulles.

Hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain de gauche à droite.

Lésions trouvées : annexite très marquée à droite, légère annexite gauche.

Cautérisation du col au thermocautère. Péritonisation.

Pas de drainage.

SUITES OPÉRATOIRES. — a) *Immédiates.* — Normales.

La malade a quitté l'hôpital le 7 février, ne présentant rien d'anormal.

b) *Ultérieures.* — Le 8 mars la malade revient avec 2 accidents :

1° Poussé congestive du côté des seins avec écoulement de colostrum ;

2° A l'examen au spéculum, la malade se plaignant de

perles, on constate un écoulement du col abondant, blanc jaunâtre, sans odeur.

Le moignon n'est ni congestionné, ni douloureux.

Traitement. — Repos relatif.

Quatre grandes injections par jour, à basse pression, d'eau bouillie très chaude, prises dans la position couchée.

Diminution progressive des écoulements constatés tous les quinze jours.

Durée totale : trois mois.

Du côté des seins, on fit de la compression, mais cependant l'écoulement de colostrum fut assez long à se tarir.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. de Martel et Deniker.)

M^{lle} L. T..., dix-neuf ans. Entrée salle Lallemand, le 24 octobre 1908.

Antécédents. — Orpheline, n'a pas du tout connu ses parents. Jusqu'à dix ans, aucun renseignement.

A son dire, réglée à treize ans. Règles un peu irrégulières, durant trois ou quatre jours, non douloureuses.

Pas de grossesse.

Etat actuel. — 24 octobre 1908. — La malade se plaint d'une douleur persistante siégeant dans les régions annexielles droite et gauche.

Cette douleur se manifeste depuis deux ans, après le moindre effort.

Aucun rapport avec périodes menstruelles.

Toucher. — On réveille la douleur par ce procédé d'exploration.

On trouve à droite et à gauche un empâtement, mais très léger.

Palpation bimanuelle. — Utérus paraît normal.

Spéculum. — Col normal, ne présentant aucune trace de congestion ni de perte.

Diagnostic. — N'est pas posé d'une façon ferme, on pense à une salpingo-ovarite ancienne, avec adhérences.

Opération. — 17 novembre 1908. — Décidée uniquement à cause des douleurs persistantes. Il n'y a aucune perte s'échappant du col.

Hystérectomie supra-vaginale par décollation antérieure.

(Procédé de J.-L. Faure. Modification de Martel. *Presse Médicale*, n° 70, 1^{er} septembre 1909, p. 617).

Lésions trouvées. — Double salpingo-ovarite chronique scléreuse avec adhérences telles qu'on a dû avoir recours comme il vient d'être dit, au procédé par décollation modifié par M. de Martel.

SUITES OPÉRATOIRES. — a) *Immédiates.* — Suites opératoires normales.

L'opérée quitte l'hôpital le 7 décembre.

b) *Ultérieures.* — 21 décembre. — La malade vient se plaindre de pertes très abondantes, mais peu douloureuses.

À l'examen du col, on voit s'écouler de l'orifice des pertes blanc jaunâtre, assez abondantes et peu odorantes.

Le col n'est ni congestionné ni douloureux.

On institue le traitement par les injections d'eau bouillie très chaude, prises quatre fois par jour dans la position couchée.

Le repos relatif est prescrit.

La malade est revue tous les douze ou quinze jours. Les

pertes deviennent plus fluides plus blanches, moins abondantes.

La guérison est obtenue en quatre mois.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. de Martel et Deniker.)

M^{lle} E. M..., vingt-neuf ans, entrée salle Lallemand le 6 octobre 1907.

Antécédents. — Régée à quinze ans.

Pas de grossesse. Pas de fausse couche. Depuis longtemps, dix-huit mois environ, règles douloureuses, abondantes, avec pertes jaunâtres dans les périodes intercalaires.

Pesanteur dans le bas-ventre, tiraillements lombaires.

A l'occasion de la marche, de la station prolongée, crises avec maximum de douleur sur les côtés de l'utérus.

Etat actuel. — 14 novembre 1907. — Toucher douloureux.

Le col est gros ; on sent par la palpation bimanuelle une masse annexielle nette dans le cul-de-sac de Douglas, masse grosse comme une mandarine.

Examen au spéculum. — Col gros, congestionné, pourtour de l'orifice rouge vif, par lequel on voit sourdre un liquide trouble, jaunâtre, assez épais.

La malade est mise au repos pendant deux mois et dix jours.

Le refroidissement est difficile.

Lorsqu'on pratiquait le toucher, la malade accusait des douleurs qui persistaient longtemps.

Diagnostic. — Double salpingite mi-refroidie, avec métrite.

Operation. — 16 décembre 1907.

A cette date les pertes ont beaucoup diminué.

Hystérectomie supra-vaginale par décollation antérieure.
(Procédé J. L. Faure. Modification de Martel. *Presse Médicale*, n° 70, 1^{er} septembre 1909, p. 617.)

Lésions trouvées. -- Double salpingite mi-refroidie avec poches enlevées en totalité.

SUITES OPÉRATOIRES. -- a) *Immédiates.* — Normales. Sortie vingt-cinq jours après l'opération.

b) *Ultérieures.* — La malade revient au bout de vingt jours disant : « Je perds plus qu'auparavant. »

Examen au speculum. — Leucorrhée blanc-jaunâtre, abondante, provenant du col, lequel est peu congestionné.

On institue le traitement par des injections très chaudes sans pouvoir obtenir de résultat.

On fait alors des cautérisations profondes du col avec la pointe fine du thermocautère.

Amélioration seulement à la fin du deuxième mois de traitement.

La malade n'est plus revue pendant un mois.

Elle revient avec une rechute.

De nouvelles cautérisations assez espacées donnent peu d'amélioration.

On lui propose l'ablation du col, elle refuse.

On continue alors les injections très chaudes de loin en loin et les cautérisations du col.

L'amélioration est sensible.

A ce moment la malade est perdue de vue.

Il y a six mois qu'elle est en traitement.

Revue de nouveau, la malade est améliorée. Une dernière cautérisation est faite qui achève la guérison.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Deniker.)

M^{lle} A. T..., vingt-cinq ans, entrée à la Salpêtrière le 8 février 1908, salle Lallemand.

Antécédents. — Réglée à douze ans et demi. Durée trois jours. Règles normales.

Jamais de troubles menstruels.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Se plaint de douleurs dans les lombes. Sensations de pesanteur et de douleur sourde dans la région hypogastrique. Irradiations douloureuses à la partie supérieure des cuisses et au périnée.

Etat actuel. — 8 février 1908. — Toucher assez douloureux, empatement assez marqué des culs-de-sac latéraux.

Par la palpation bimanuelle on sent un utérus paraissant à peu près normal et un empatement assez mal limité.

Examen au spéculum. — Col normal. Perdant très peu.

Diagnostic. — Double salpingite chronique.

Opération le 5 mars 1908 après refroidissement.

Hystérectomie abdominale subtotale.

Suites opératoires. — a) *Immédiates.* — Normales.

Ne présente aucun écoulement par le moignon cervical à sa sortie de l'hôpital trois semaines après l'opération.

b) *Ultérieures.* — La malade revient quinze jours après

avec des pertes abondantes, venant manifestement de son moignon cervical.

Traitement par les injections chaudes longtemps continuées. Eau oxygénée diluée.

Amélioration, puis rechutes. Cautérisations.

A l'heure actuelle elle a toujours des écoulements mais peu abondants. On lui a proposé l'ablation du col, elle refuse cette intervention.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Deniker.)

M^{me} T..., trente ans, entrée le 10 juin 1909 salle Lallemand.

Antécédents. — Réglée à quinze ans.

Toujours régulièrement.

Règles durant huit jours, jamais douloureuses, mais abondantes.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Depuis deux ans troubles digestifs surtout intestinaux, avec pesanteur pelvienne.

Douleur légère au moment des règles.

Ménorragies.

La malade s'inquiète surtout de son amaigrissement qui est lié, sans aucun doute, à ses troubles gastro-intestinaux.

Examinée pour la première fois, six à huit mois avant l'opération, par un médecin qui diagnostique une métrite chronique.

Traitement par les injections vaginales et le repos.

Son état s'améliore peu.

La constipation est intense, de temps en temps débâcles légères.

La malade se plaint d'une douleur fixe dans la région utérine.

Etat actuel le 10 juin 1909.

Utérus peu douloureux, gros, dur, bosselé au fond.

La malade ayant beaucoup maigri, le palper est facile.

Au toucher on trouve des culs-de-sac peu douloureux.

Le col est peu congestionné.

On pense à un fibrome du fond de l'utérus avec métrite chronique.

Opération le 28 juin 1909.

On opère à cause des douleurs, de l'amaigrissement, des troubles gastro intestinaux.

Hystérectomie supra-vaginale.

Lésions trouvées. — Gros utérus, rouge, légèrement congestionné, déformé dans la région du fond, présentant à la coupe un fibrome gros comme une petite noix.

Les annexes sont très légèrement enflammées.

Suites opératoires. — a) *Immédiates.* — Suites normales.

b) *Ultérieures.* — L'amélioration est lente, surtout du côté gastro-intestinal.

Retour de la malade au bout d'un mois, elle se plaint de « perdre plus qu'auparavant ».

A l'examen on trouve :

Au toucher. — Moignon et culs-de-sac indolores. Ces derniers sont souples.

Examen au spéculum. — Col peu congestionné. Ecoulement par l'orifice d'un liquide blanc jaune, très abondant, inodore.

Le traitement est institué par les injections d'eau bouillie très chaude, prises quatre fois par jour dans la position couchée.

Puis au bout de quelques jours on remplace l'eau bouillie par l'eau oxygénée diluée.

La malade est en voie de guérison. L'écoulement est plus fluide, plus transparent, moins abondant.

OBSERVATION VI

(Communication du professeur Terrier)

(Congrès Français de Chirurgie, 1898.)

M^{me} T..., quarante-cinq ans.

Diagnostic. — Fibrome utérin douloureux.

Antécédents. — Réglée à quatorze ans. Mariée à vingt deux ans. Règles très abondantes déjà avant son mariage. Deux fausses couches, une de sept mois et demi, l'autre de quatre mois ; un accouchement normal.

En 1888 le D^r Doléris lui fit une amputation du col et l'ablation d'un polype. Il y a six ans plusieurs docteurs consultés posent le diagnostic de fibrome utérin. Douleurs abdominales et lombaires assez violentes.

Règles régulières, peu abondantes.

Opération. — 18 décembre 1897. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale par le procédé habituel.

Suites opératoires. — Normales.

19 avril 1898. — Etat général très bon.

Quelques légères pertes blanches.

OBSERVATION VII

(Communication du professeur Terrier)

(Congrès de Chirurgie, 1900.)

Juliette L..., trente-cinq ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 1^{er} février 1899.

Diagnostic. — Métrite. Salpingite double suppurée.

Antécédents. — Douleurs abdominales depuis sept ans, époque à laquelle la malade dit avoir eu une péritonite, menstruation régulière. Pertes blanches dans l'intervalle.

Grossesse normale à dix-huit ans.

12 décembre 1898. — Curettage et amputation du col.

31 décembre 1898. — Incision du cul-de-sac postérieur. La malade entre de nouveau à l'hôpital le 1^{er} février pour les mêmes symptômes.

Etat actuel. — 10 février 1899. — Au toucher on sent une masse douloureuse, occupant tout le cul-de-sac postérieur ; les culs-de-sac latéraux sont occupés par une masse assez grosse et douloureuse,

Opération. — 11 février 1899. — Laparotomie médiane. Double salpingite suppurée surtout à gauche et très difficile à décortiquer, rupture de la poche et pus dans le petit bassin.

Hystérectomie abdominale subtotale. Deux drains, deux mèches de gaze stérilisée.

L'examen du pus montre la présence de gonocoques.

Suites opératoires. — Normales.

Sortie le 8 mars 1899.

Suites éloignées. — 1^{er} août 1899. — Etat général très bon,

la malade a augmenté de 2 kilos. Quelques douleurs abdominales, *quelques pertes blanches*.

Toucher. — Rudiment de col en très bon état. Cul-de-sac droit un peu douloureux, légèrement induré, cul-de-sac gauche douloureux. L'induration paraissant siéger à la base du ligament large gauche.

OBSERVATION VIII

(Observation du professeur Terrier)

(*Revue de Chirurgie*, 1900,)

Françoise P..., femme D..., trente-neuf ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 30 janvier 1899.

Diagnostic. — Fibrome de l'utérus.

Antécédents. — Douleurs abdominales et lombaires depuis six mois : menstruation régulière, mais plus longue. Quelques pertes blanches depuis trois ou quatre ans,

Grossesse normale à vingt ans.

Etat actuel le 15 février 1899.

Toucher. — Col gros, orifice entr'ouvert, regardant en bas et en arrière, corps volumineux dans le cul-de-sac postérieur.

Hystérométrie : 9 centimètres.

Rien de particulier du côté des annexes.

Opération le 16 février 1899.

Hystérectomie abdominale sus vaginale. Laparotomie médiane, fibrome gros comme le poing ; ablation des annexes,

Durée de l'opération : une heure.

Pas de drainage.

Suites opératoires. — Normales.

Sortie le 17 mars 1899.

Suites éloignées. — 1^{re} août 1899. — Etat général très bon.

Pas de douleurs, *très légères pertes blanches.*

Toucher. — Cul-de-sac souples et indolores,

OBSERVATION IX

(Richelot *in* séance du 5 novembre 1890
de la Société de Chirurgie.)

Angèle B..., trente-cinq ans, mulâtresse, n'a pas remarqué jusqu'ici que son ventre grossissait ; depuis quatre ans les règles étaient un peu plus fréquentes, et le mois dernier, elle eut une ménorragie douloureuse. Le ventre est globuleux et contient une très grosse tumeur dure, mobile, développée tout entière au-dessus du détroit supérieur, et paraissant composée de trois lobes gros comme des têtes de fœtus à terme. On sent à droite, au palper abdominal, un petit corps mobile et sensible qui a les dimensions de l'ovaire. La santé n'est pas altérée.

Opération le 23 juillet 1889, avec un interne. L'incision dépasse l'ombilic et permet d'extraire avec effort une masse trilobée, composée de plusieurs fibromes qui heureusement n'ont pas d'adhérences. Le pédicule est formé par l'utérus, autour duquel je passe le lien élastique, à l'union du corps et du col : puis j'enlève la masse fibreuse. Au clamp qui unit les deux chefs, je substitue un fil de soie plate fortement serré. Avant d'enlever les ovaires, je les pédiculise avec de la soie, ce qui est inutile puisque le bord supérieur du

ligament large est étreint au-dessous d'eux par le lien élastique. La muqueuse utérine du moignon est brûlée au thermo cautère. En somme, l'application du procédé diffère peu, cette première fois, de celle qu'elle sera chez nos autres malades.

Toilette du péritoine, suture à étages, pansement iodoformé. La tumeur pèse 3 kgr. 380.

La température s'élève d'abord à 38 degrés et même à 39 degrés, puis revient le quatrième jour à 37 degrés pour ne plus varier. Le pouls et l'état général ne cessent pas d'être excellents. Pansement le huitième jour, ablation de fils le quinzième, exeat le 30 août.

Au bout d'un an, Angèle B..., toujours bien portante, mais ayant de la *leucorrhée*, élimine par le vagin la ligature élastique munie de son fil de soie.

CONCLUSIONS

I. — A la suite de l'hystérectomie supra-vaginale, il n'est pas rare d'observer des écoulements leucorrhéiques du moignon cervical.

II. — Ces écoulements s'observent chez les opérées d'annexite comme chez les opérées de tumeur fibreuse de l'utérus.

III. — Cette leucorrhée est plutôt le résultat d'une involution du moignon cervical que d'une infection intra-cervicale ou vaginale ascendante.

IV. — Elle évolue silencieusement ; toutefois, les pertes blanches sont plus abondantes qu'avant l'opération, qui semble avoir donné un coup de fouet à l'affection.

V. — Cette leucorrhée est à différencier d'avec la leucorrhée vaginale.

VI. — Bien que tenace et rebelle, elle n'a aucune signification pronostique fâcheuse et ne saurait être invoquée contre l'hystérectomie supra-vaginale.

Le traitement en est long, mais presque toujours efficace.

Vu : Le Président de la thèse
P. SECOND

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Audiau.* — Traitement opératoire des annexites. Thèse de Paris, 1897.
- 2 *Andrew Currier.* — New-York medical journal, 28 juillet 1906.
- 3 *Baer.* — Supra vaginal hysterectomy without ligature of the cervix in operation for uterine fibroids, a new method. Trans. amer. Gyn. Soc. XVIII, 1892.
- 4 *Belbèze.* — De quelques inconvénients de l'hystérectomie abdominale subtotale dans les suppurations pelviennes. Thèse de Lyon, janvier 1909.
- 5 *Bertrand.* — Hystérectomie abdominale et hystérectomie subtotale. Thèse de Lyon, 1901.
- 6 *Bæckel (Jules) de Strasbourg.* — De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1906, p. 397.
- 7 *Breton.* — Indications et manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale. Thèse de Paris, 1901.
- 8 *Burkhardt.* — Moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale. Zeit für Geb. und Gyn. L. 58, analysé dans la Semaine médicale, 1906.
- 9 *Camelot.* — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1892, p. 377.

- 10 *Cazenave (W.)*. — Considérations cliniques et opératoires sur une série de 144 hystérectomies abdominales pour fibromes. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, p. 610.
- 11 *Condamin (de Lyon)*. — Note sur 2 cas de dégénérescence maligne développée dans le moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome. *Société de Chirurgie de Lyon*, 27 décembre 1901.
- 12 *XV^e Congrès international des Sciences médicales*. Section de Gynécologie. In *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, p. 1111.
- 13 *Congrès français de Chirurgie*, 1897.
- 14 *Daniel (Constantin)*. — Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes. Thèse de Paris, 1905.
- 15 *Delagénère (H.)*. — De la castration abdominale totale pour les lésions septiques de l'utérus et des annexes. *Société de Chirurgie de Paris*, 1894, p. 157.
- 16 *Delbet (Paul)*. — *Société des chirurgiens de Paris*. Séance du 9 juillet 1909.
- 17 *Faure (J.-L.)*. — *Société de Chirurgie de Paris*, juin 1905.
- 18 — Traitement des suppurations pelviennes. *La Gynécologie*, 1901, n° 5, p. 392.
- 19 *Forgue*. — *Pathologie externe*, t. II, p. 1014, 4^e édition à l'article « métrite ».
- 20 *Fraisse*. — Traitement chirurgical des myomes utérins. *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1892, p. 4.
- 21 *Guinard*. — Discussion sur le traitement des fibro-

- myomes utérins. Société de Chirurgie, 18 novembre 1903.
- 22 *Jayle* (F.). — L'hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904, p. 1.
- 23 *Jayle* (F.). — Etude statistique d'une série continue de 500 cas d'opérations diverses pour lésions inflammatoires ou néoplasiques utéro-annexielles. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1907, p. 1030.
- 24 — Technique de l'hystérectomie abdominale totale.
- 25 *Labadie-Lagrave et Legueu*. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie. Articles: Leucorrhée et Métrite.
- 26 *Lauwers*. — Semaine gynécologique, 1903, n° 50.
- 27 *Lenormant*. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, janvier 1905.
- 28 *Lesobre*. — Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin après l'hystérectomie supra-vaginale pour fibromes. Thèse de Paris, 1907.
- 29 *Nedler*. — Thèse inaugurale de Pétersbourg, 1900.
- 30 *Noble*. — Hystérectomie pour fibromes et pour inflammations des annexes en Amérique, 1907.
- 31 *Pauchet* (d'Amiens). — Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1896.
- 32 *Petit*. — Gazette des Hôpitaux, 1905, p. 1587.
- 33 *Pichevin* (R.). — Lésions inflammatoires des annexes. Congrès de Gynécologie de Bruxelles in *Nouvelles*

- Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1892,
p. 407.
- 34 — A propos de l'hystérectomie. Semaine gynéco-
logique, 1898, n° 1.
- 35 — Considérations sur l'étiologie, la pathogénie
et le traitement des métrites chroniques du col.
Semaine gynécologique, 1901, n° 11.
- 36 — Thermocautérisation de la cavité utérine. Semaine
gynécologique, 1903, p. 249.
- 37 — Indications de l'hystérectomie abdominale sub-
totale dans le traitement chirurgical des annexites
bilatérales. Semaine gynécologique, 1903, 14 juillet.
- 38 *Polaillon*. — Maladies des femmes, p. 267.
- 39 *Pozzi*. — Traité de Gynécologie, 3^e édition. Articles :
Leucorrhée et Métrite, 1897.
- 40 *Société de Chirurgie de Paris*, 1903-1904-1905. Dis-
cussions : *MM. Richelot, Terrier, Hartmann, De-
lagénère, Potherat, Segond, J.-L. Faure, Tuffier,
Routier, Pierre Delbet*, etc.
- 41 *Schwartz*. — De l'hystérectomie appliquée aux tumeurs
fibreuses et fibro-kystiques de l'utérus. Revue
générale parue dans la Revue de Chirurgie, 1883.
- 42 *Terrier* (Félix). — De l'hystérectomie abdominale totale
et partielle supra-vaginale. Revue de Chirurgie,
1897, p. 882 et 1100.
- 43 — De l'hystérectomie abdominale et partielle supra-
vaginale. Revue de chirurgie, 1898, n° 12, p. 1145.
- 44 — L'hystérectomie abdominale. Revue de Chirurgie,
1899, p. 617.
- 45 *Terrier et Delage*. — L'hystérectomie supra-vaginale.
Revue de Chirurgie, 1901, p. 663.

- 46 *Verdelet.* — Hystérectomie supra-vaginale et phlébite.
Journal de médecine de Bordeaux, 7 juillet 1901.
- 47 — Considérations sur l'hystérectomie supra-vaginale. Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1901.

